



**Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
MEDICINA HUMANA**

**Alumna:**

**Esthephany Michelle Rodríguez López**

**Materia:**

**Cardiología**

**Grado: 5 Grupo: A**

**Comitán de Domínguez a 24 de Junio del 2024**

# Estenosis Pulmonar

Afección ocasionada por un bloqueo del flujo sanguíneo desde el ventrículo derecho hacia la arteria pulmonar.

## → FISIOPATOLOGÍA

Hipertrofia → Resultado de obstrucción mantenida al flujo de salida por VD

↳ Expulsión diastólica prolongada

↓ de VD por diferencia de postcarga en curso de EP y presiones diastólicas máximas más bajas debido a que el VD no se adapta a este tipo de carga hemodinámica

→ CLASIFICACIÓN

- Severa ( $> 50 \text{ mmHg}$ )
- Moderada (Máximo de  $30 - 50 \text{ mmHg}$ )
- Leve ( $< 30 \text{ mmHg}$ )

## → SÍNTOMAS

• Leve (moderada) •  
Asintomático

• Intensa •

+ presencia de soplo cardíaco

\* Disnea de esfuerzo

\* Fatiga de comienzo

\* Dolor retroesternal

## → COMPLICACIONES

\* Hepatomegalia

\* Ascitis

\* Edema

## → DIAGNÓSTICO

\* ECG: Desviación del eje derecho, HP VD y dilatación de AD

\* Rx de tórax: Dilatación postestenótica de Art. Pulmonar

## → TRATAMIENTO

\* Diuréticos para IC.

\* EP leve, valvulopatía pulmonar percutánea con balón (para asintomático)

\* Cirugía valvular, cuando la válvula es displásica



# Estenosis Aórtica

Cambios patológicos, fisiopatológicos, y clínicos que se asocian con la disminución del área valvular aórtica.

→ ETIOLOGÍA → variada

- Más frecuente de origen congénito
- Secundario a una enfermedad reumática



→ FACTORES DE RIESGO → SÍNTOMAS

RIESGO	ADULTOS	NIÑOS
* Edad	- Síncope	- Fatiga
* Obesidad	- IC	- Mareos de estorzo
* Sedentarismo	- Disnea de esfuerzo	- Latidos irregulares
* Ent. reumática	- Ortopnea	- Dolor torácico
* Endocarditis	- Palpitaciones	

→ DIAGNÓSTICO

\* EKG

Signos de crecimiento VI con sobrecarga distal

\* Rx de tórax

\* Ecocardiograma

Medición de apertura en diástole

\* Leve  $1.5 - 2 \text{ cm}^2$

\* Moderada  $1 - 1.5 \text{ cm}^2$

\* Severa  $< 1 \text{ cm}^2$

→ TRATAMIENTO

\* Reemplazo de VA

\* Valvulopatía aórtica percutánea con balón

\* IECA

\* B - Bloqueadores

\* Diuréticos



# Transposición de grandes vasos

Cada uno de los grandes vasos surge de forma inapropiada desde el ventrículo opuesto, es decir la aorta nace del VD y la arteria pulm del VI.

## → ETIOLOGÍA

o Recien nacidos > FCT de cianosis en el período neonatal → se desconoce la causa exacta

## → FISIOPATOLOGÍA

\* Separa las circulaciones pulmonar y sistémica colocando los 2 circuitos en paralelo en lugar de en serie

\* Obliga a la sangre no saturada del DNO a través de el VD y a la circulación sistémica a través de aorta

\* Retorno venoso pulmonar: Oxigenado a través de el VI y regresa a los pulmones a través de la arteria pulmonar, sin aportar oxígeno a la circulación sistémica

## → Después del nacimiento:

El cierre fisiológico normal del conducto y orificio oval elimina la derivación la circulación paralela y sin intervención, provocaría la muerte.

## → SÍNTOMAS

Cianosis y impulso ventricular derecho

## → DIAGNÓSTICO

\* Rx de tórax: Normal, base del corazón estrecho

\* ECG: Hipertrofia del VD

\* Ecocardiograma: Diagnóstico definitivo

## → TRATAMIENTO

\* Urgencia médica

\* Infusión de prostaglandinas

\* Comunicación interventricular por catéter con balón

\* Intervención quirúrgica de switch A.



# Cuartación de la aorta

Estrechamiento diferenciado de la luz de la aorta

→ ETIOLOGÍA

→ FISIOPATOLOGÍA

\* Nudos viejos

\* VI atreto un ↑ de carga de presión

\* Sx de Turner

1. Desarrollo de hipertrofia VI

2. Dilatación de vasos sanguíneos colaterales desde Art. intercostales.

→ TIPOS

\* **Preductal**: Estrechamiento se sitúa en la zona proximal del conducto, se produce cuando, durante la vida fetal, anomalía intracardiaca ↓ el flujo de sangre a través del lado derecho del corazón

\* **Postductal**: Probabilidad la consecuencia de la extensión del tejido muscular en la aorta durante la vida fetal.

→ SÍNTOMAS

> Severo → Insot. Cardíaca

> C. preductal → Cianosis diferencial

> Menos severo → Posdetudes

→ DIAGNÓSTICO

+ Rx de tórax: Muestra en la sup. interior de las costillas posteriores por dilatación de vasos intercostales

\* ECG: Hipertrofia VI provocada por carga de presión en la cavidad

\* Ecocardiografía de doppler: Confirma el Dx y evalúa el gradiente de presión a través de la lesión

\* Resonancia Magnética: Longitud y gravedad de coartación

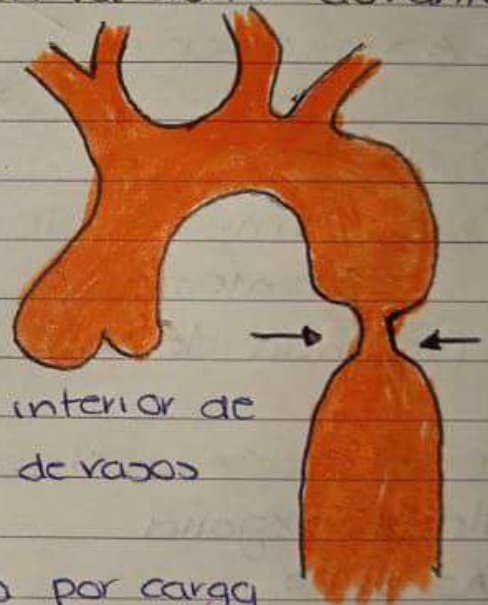
→ TRATAMIENTO

Obstrucción grave: Intusión de prostaglandina

- Enación del segmento aórtico ↓ con reanastomosis terminal

- Reparación directa

- Profilaxis con antibióticos







# Conducto Arterial Persistente

Defecto cardíaco que se produce cuando el canal normal situado entre la arteria pulmonar y la aorta en el feto no se cierra al nacer

## → FACTORES DE RIESGO

- Intoxicación materna (Rubeola 1º trimestre)
- Prematuridad
- Nacimientos en altitudes elevadas

## → COMPLICACIONES

- Hipertensión pulmonar
- Daña vasos sanguíneos más pequeños en los pulmones
- Insuficiencia cardíaca
- Endocarditis

## → FISIOPATOLOGÍA

El cierre incorrecto del conducto provoca una desviación persistente entre la aorta descendente y arteria pulmonar izquierda

La magnitud del flujo a través de la derivación depende de la sección transversal y la longitud del conducto, además de resistencias relativas de los sistemas vasculares sistémico y pulmonar

## → SÍNTOMAS <sup>Asintomático</sup> → DIAGNÓSTICO

- \* Insuf. Cardíaca Cong. prematura
- Taquicardia - Alm. Deficiente
- Crecimiento lento
- \* Lesiones de tamaño medio
- Fatiga - Disnea - Palpitaciones
- \* Rx de tórax
- \* EKG: ↑ Tamaño de AI
- \* Ecocardiograma: Anomalia

## → TRATAMIENTO

- Se cierran de forma espontánea
- Inhibidores de síntesis de prostaglandinas (Neonatos y lactantes prematuros con IC)





# Comunicación Interauricular

Es una abertura persistente del tabique interauricular después del nacimiento, que permite la comunicación directa entre las aurículas izquierda y derecha

## → ETIOLOGÍA

- o Recien nacidos
- o > Frecuente en region del orificio oval (Ostium secundum)

### \* Ostium secundum

- o Reabsorción excesiva o desarrollo insuficiente del septum primum,

### \* Ostium primum

- o Fusión errónea del septum primum con almohadillas embocadoras

### \* Seno venoso

- o Absorción incompleta del seno venoso



## → FISIOPATOLOGÍA

CIA sin complicación, la sangre oxigenada se deriva desde AI → AD, pero no al coronario

## → SINTOMAS

- \* Asintomáticos
- Doble → Infancia y adolescencia
- \* Sintomáticos
- Disnea de esfuerzo - Fatiga

## → DIAGNÓSTICO

- \* Radiografía torácica
  - Corazón de mayor tamaño, por dilatación de Art. pulmonar predominante
- \* Electrocardiograma
  - Hipertrofia VD
  - ↑ Tamaño AD
  - Bloqueo o hemibloqueo de rama derecha
- \* Ecocardiograma
  - ↑ Tamaño de AD y VD

## → TRATAMIENTO

- o Volumen de sangre derivada ↑
- Cirugía reparadora programada
- o Cateter intravenoso



# Comunicación Interventricular

Abertura anómala en el tabique interventricular

## → ETIOLOGÍA

\* Recien nacidos

\* Situados  $\left\{ \begin{array}{l} \text{membranas } 70\% \\ \text{musculares } 20\% \end{array} \right.$

## → FISIOPATOLOGÍA

Dependen del tamaño de la anomalía y resistencias relativas de sistemas vasculares pulmonar y sistémico.

\* Nacimiento  $\rightarrow$   $\downarrow$  Resistencia Vasc. Pdm

$\uparrow$  Derivación de I-D a través de la anomalía  $\rightarrow$  Derivación grande

Circulación pulmonar AI y VI experimentan sobrecarga relativa de volumen

## → SÍNTOMAS

\* Sintomáticos

\* Asintomáticos

$\rightarrow$  Insuficiencia cardíaca congestiva.

\* Taquipnea \* Alim. deficiente

## → DIAGNÓSTICO

\* Radiografía torácica

Silveta normal con pequeños defectos

\* Electrograma

Aumento de tamaño de AI e Hpt de VI

## → TRATAMIENTO

\* Cirugía

Cierre percutáneo de defecto septal ventricular

\* Fármacos

Diurético e Inhibidor de la ECA

